

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0625/0955

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakkamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहस्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ankesh, Shrinagar (R) Tunder (S)
Kahalate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



pre op - post op
0955 - Lakkamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / NO

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनियम आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Rajshree Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosed RE - Cataract of pupil
2	Diagnosed RE - Cataract + pupil

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक शाह योगेश पटेल

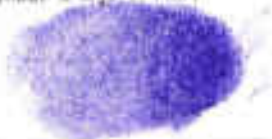
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की सहायता दूँगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न जो लिया है और न जो भविष्य में लीए।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE HOW TO DO THIS)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, वाक्य/वाक्य दूसरे इत्यादि में दूरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने की लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निवारण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षर के इत्यादि में वर्णित है मुझे स्वतः प्राप्त या अर्जित नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदक के हस्ताक्षर पर अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH ONE COPY)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हमलारी को और से सम्बन्धितों को "कोशिका फाटखोला" से विधि सहायक हेतु भिन्नविध की जाती है, जिसे हथ (हथकाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही संविधान में विशेष प्रावधान किसी गैर साक्षरी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त टोपी/पगारों में से न तो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उक्त संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रावधान विधि अतिरिक्त/अलग हेतु प्रदान नहीं किया जात है तो संस्थान किसी अन्य गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्रावधान लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जात है कि संस्थान द्वारा प्रदान उक्त टोपी/पगारों हेतु किसी गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सर्व प्रावधान लेना विशेष प्रयुक्ति की है। टोपी या प्रमाणित द्वारा ही सर्व प्रमाण या बिना सर्व प्रमाण/प्रमाण का प्रमाण टोपी एवं प्रमाणित संस्था का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए प्रमाणित में टोपी का प्रमाण सुरक्षित और जाने जाने की प्रमाणित टोपी एवं प्रमाणित की टोपी और "कोशिका" भी कोई प्रमाण या प्रमाणित, इस प्रमाण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Dr. P. R. VITHALA

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MS C
Bangai
(A unit
(Nan
Vasar

Ophthalmology & Eye Care

24/6/25

KMC No. 91567
RECEIVED at KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आशी हलान्त ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: _____

Exempel

here